

MÉMOIRES ORIGINAUX.

I

NOTE HISTOLOGIQUE SUR DEUX TUMEURS MURIFORMES DE L'EXTRÉMITÉ PHARYNGIENNE DES CORNETS INFÉRIEURS,

Par **Henri CHATELLIER**, ancien interne des hôpitaux de Paris, aide-préparateur d'histologie à la Faculté de Paris.

Dans les lignes qui vont suivre, nous avons l'intention de faire seulement la description histologique du tissu qui constitue ces tumeurs, nous réservant, pour une époque ultérieure, d'émettre une opinion sur leur signification, leur origine et leur évolution, sur les symptômes qui les accompagnent et sur leur thérapeutique.

Ces tumeurs étaient, chez M. R..., au nombre de deux, recouvrant, à la façon d'un capuchon, l'extrémité pharyngienne de chaque cornet inférieur.

La surface est recouverte d'un grand nombre de saillies ayant de 8 dixièmes de millimètre à 1 millimètre dans les diamètres transversaux et de 1 millimètre 5 dixièmes à 2 millimètres dans le sens de la hauteur. Chacune a la forme d'une petite colonne cylindrique ou un peu renflée à l'extrémité libre. Ces dimensions sont faciles à apprécier sur les coupes perpendiculaires à la surface.

Les tumeurs aussitôt enlevées sont plongées dans la liqueur de Muller, durcies dans la gomme et l'alcool; les coupes, après avoir été dégommées, sont colorées par la solution ordinaire de carmin, puis mises pendant une demi-minute en contact avec une solution aqueuse concentrée et filtrée d'acide picrique, et enfin montées dans la glycérine.

EXAMINÉES A L'ŒIL NU, les coupes présentent deux parties : l'une est formée par des saillies, à l'extrémité libre arrondie; et séparées par des encoches profondes. Chacune d'elles est constituée par la coupe des saillies mamelonnées qui hérissent

sent la tumeur; l'extrémité adhérente des saillies se continue sans ligne de démarcation avec l'autre partie de la tumeur qui apparaît d'un rouge uniforme.

A UN FAIBLE GROSSISSEMENT (Ocul., 1. — Obj. 4. — Hartnack, tube tiré).

La surface libre de la tumeur est tapissée par un revêtement régulier et partout continu de cellules épithéliales cylindriques à cils vibratiles; ce revêtement recouvre les extrémités des saillies et pénètre dans les fentes qui les séparent, de telle sorte qu'on le retrouve également sur les faces juxtaposées et contiguës de deux saillies voisines.

Les saillies sont constituées par du tissu adénoïde; dans certains points, on voit nettement le groupement en agglomérations circulaires des petits éléments ronds, groupement caractéristique des follicules clos. Ces amas sont plongés dans un tissu adénoïde difius où les éléments ronds sont beaucoup moins nombreux et la substance fondamentale intercellulaire plus abondante, de telle sorte que le tissu apparaît moins opaque et moins dense.

Le tissu qui constitue les saillies perd peu à peu ses caractères de tissu adénoïde à mesure qu'on examine un point plus voisin de leur implantation, pour prendre les caractères du tissu muqueux: on y voit bien encore des éléments ronds mais ils sont beaucoup moins nombreux que dans les couches superficielles.

Plus profondément encore, on a affaire à un véritable tissu muqueux sans mélange qui, dans certains points, peut être comparé, sous le rapport de la netteté, à celui de la gélatine de Wharton.

Dans la masse, on reconnaît quelques glandes acineuses. On remarque enfin des vaisseaux.

Dans les saillies, ils ont un calibre restreint et des parois peu épaisses.

Dans les couches profondes, ils sont plus nombreux, leur diamètre est considérable; leurs parois sont épaisses et à contours irréguliers.

A UN FORT GROSSISSEMENT (Ocul., 1. — Obj., 8. — Hartnack, tube tiré).

A. — REVÊTEMENT ÉPITHÉLIAL. — Les cellules qui le constituent sont de tous points semblables à celles des fosses nasales. On en trouve à toutes les phases de leur développement. Les cellules adultes sont hautes, minces et grêles, avec un noyau apparent au voisinage de l'implantation. L'extrémité qui correspond à celle-ci est atténuée et filiforme, s'insinuant entre les cellules plus jeunes. La base ou extrémité périphérique s'élargit un peu et se termine par une surface aplatie qui porte les cils vibratiles. Peu ont l'aspect caliciforme. Les couches profondes sont constituées par des cellules plus jeunes, fusiformes et arrondies.

Dans certains points où les manipulations ont détaché presque tout le revêtement, et il ne reste que quelques cellules isolées en forme de fuseau, le noyau occupe la partie centrale renflée, l'extrémité périphérique a la forme d'un petit bâtonnet de protoplasma granuleux, l'extrémité basale, un peu moins longue et plus large, vient se fixer en s'évasant sur la couche sous-épithéliale.

Les cellules qui constituent ce revêtement sont dans un état parfait de conservation et parfaitement saines, on ne rencontre pas entre elles de globules de pus infiltrés, ni de globules rouges, ce qui indique l'absence de tout processus inflammatoire.

B. — COUCHE SOUS-ÉPITHÉLIALE. — Les cellules épithéliales reposent sur une couche de matière amorphe (sorte de basement membrane) ne renfermant aucun élément figuré. Son épaisseur varie suivant les points et suivant les coupes, de 35 à 60 μ . Sa face profonde semble se continuer avec la substance intercellulaire que l'on observe dans le tissu adénoïde sous-jacent, et l'on peut se demander si ces deux substances ne sont pas de nature identique.

C. — TISSU ADÉNOÏDE. — Le tissu adénoïde qui forme les saillies de la tumeur se trouve immédiatement au-dessous de la couche amorphe précédente, de telle sorte qu'on ne rencontre aucune couche présentant les caractères du chorion d'une muqueuse. Ce fait est d'ailleurs commun à toutes les productions adénoïdes du tégument interne (tumeurs adénoïdes du pharynx, granulations de l'angine granuleuse).

a) *Follicules clos.* — Les follicules sont peu volumineux, et comme ratatinés. Les éléments ronds (1) qui les constituent sont si nombreux, et si fortement serrés les uns contre les autres, qu'on n'aperçoit pas le reticulum. Nous avons essayé de traiter des coupes par le pinceau, mais sans résultat. Les éléments cellulaires sont donc fixés, plus solidement que dans le tissu adénoïde ordinaire (ganglions lymphatiques, tumeurs adénoïdes du pharynx).

b) *Tissu adénoïde diffus.* — Ce tissu interposé aux follicules se présente dans certains points avec les caractères habituels du tissu de Hiss. Mais à mesure qu'on s'éloigne de ces points typiques, on voit les cellules rondes devenir moins nombreuses, les cellules étoilées (neuds-fertiles des auteurs) apparaître plus nettement et être séparées par des espaces de plus en plus larges, comblés par une substance intercellulaire abondante et amorphe qui, à la surface de la tumeur, semble se continuer avec la couche amorphe sous-épithéliale. Dans certains points où il y a peu d'éléments ronds, au voisinage de la surface, la substance intercellulaire est traversée par des lignes ondulées qui lui donnent un aspect vaguement fibrillaire, mais qui, traitées par l'acide acétique, n'ont aucunement présenté la réaction des fibrilles du tissu conjonctif. Cette substance fondamentale semble creusée de cavités ou de canaux dont la coupe apparaît sous la forme d'une section circulaire dans laquelle est logé un corpuscule nucléaire du tissu adénoïde.

D. — *Tissu muqueux.* — Si on examine les limites du tissu adénoïde vers la profondeur, on voit que peu à peu les éléments arrondis deviennent moins nombreux, et la substance fondamentale plus abondante, de telle sorte que les corpuscules étoilés apparaissent plus isolés dans une substance intercellulaire amorphe très abondante; ce tissu présente alors les caractères habituels du tissu myxomateux tels qu'on les observe dans les polypes muqueux des fosses nasales. C'est ce tissu qui forme la masse de la tumeur, si l'on en excepte les saillies mamelonnées de la surface.

(1) Cellules lymphatiques des auteurs. — Epithéliums nucléaires de Ch. Robin.

En de nombreux endroits de la coupe, la substance inter-cellulaire prend un aspect nettement fibrillaire, mais avec des caractères histo-chimiques variables; ainsi c'est seulement dans les parties les plus profondes de la tumeur, au voisinage de la surface de section, que les coupes traitées par l'acide acétique présentent la réaction caractéristique du tissu conjonctif, partout ailleurs l'aspect fibrillaire doit être rapporté à un état particulier de la substance intercellulaire. Ainsi on a affaire aux deux variétés du tissu muqueux : variété hyaline et variété fibro-muqueuse, qui tirent leurs caractères de ceux de la substance fondamentale.

Sur quelques coupes, on observe aussi des faisceaux de fibres musculaires lisses complètement isolés des vaisseaux, avec lesquels ils ne semblent affecter que des rapports de simple voisinage. Ces faisceaux sont constitués par l'agglomération de plusieurs fibres musculaires lisses, toujours en nombre assez restreint, dont les unes sont parallèles et les autres obliques; elles sont assez peu serrées les unes contre les autres pour qu'il soit facile d'observer leurs détails. Sur les préparations bien réussies, le noyau en bâtonnet est très visible au milieu d'un protoplasma coloré en jaune par l'acide picrique. Elles présentent à peu près le volume des fibres musculaires de l'utérus gravide de truie; c'est assez dire que leurs dimensions dépassent de beaucoup celles des fibres musculaires des parois vasculaires.

E. — VAISSEaux. -- a). *Dans le tissu adénoïde*, les vaisseaux sont nombreux; leur paroi, facile à étudier sur ceux qui sont coupés perpendiculairement à l'axe, est constituée par une simple couche de cellules endothéliales; plusieurs sont remplis de fibrine coagulée renfermant dans ses mailles quelques globules sanguins; d'autres sont vides. Ils ont l'aspect de capillaires dilatés. On observe aussi quelques artérioles aux contours accusés et facilement reconnaissables à leurs tuniques nettement accusées. Leur calibre est ordinairement bien inférieur à celui des capillaires dilatés décrits précédemment.

b). *Dans les parties les plus profondes* de la tumeur, dans celles qui confinent à la surface de section, dans le

tissu muqueux par conséquent, les vaisseaux ont un calibre beaucoup plus considérable; la plupart ont une disposition hélicine. Leurs parois, très épaisses, ont des tuniques musculaires hypertrophiées. Les fibres, qui les composent, sont augmentées de volume et de nombre; la couche qu'elles forment est irrégulière et comme bourgeonnante.

En résumé, les tumeurs enlevées à M. R... sont formées de tissu adénoïde et de tissu muqueux; l'un ou l'autre prédomine suivant le point examiné.

Le processus pathologique qui leur a donné naissance nous paraît être une *dégénérescence myxomateuse* de la muqueuse des cornets inférieurs; cette dégénérescence a porté sur des points où la muqueuse renfermait du tissu adénoïde.

II

L'ASTHME ET LES AFFECTIONS NASALES,

Par le Dr **W. LUBLINSKI**, de Berlin.

(Lu à la Société de médecine interne de Berlin.)

Parmi les différentes questions qui ont occupé le monde médical dans ces dernières années, peu ont autant attiré l'attention, tant au point de vue scientifique que thérapeutique, que celle du rapport entre l'asthme pulmonaire et les affections du nez et de ses annexes. Bien que Trousseau ait parlé d'un rhume particulier lié à l'asthme, bien que Ducros ait guéri l'asthme en agissant sur le pharynx, c'est Volto lini qui, le premier, a montré ces rapports entre les deux affections en citant des malades chez lesquels les polypes du nez coïncidaient avec des accès de suffocation, qui disparurent entièrement après l'extirpation des tumeurs. Quelques années plus tard, Hänisch publiait une observation fort intéressante dans laquelle les attaques se reproduisirent en même temps que les récurrences de tumeurs et disparurent encore après leur réextirpation. Dans ce cas, l'auteur a pu observer les accès et tous les symptômes objectifs de l'asthme

et les voir se terminer seulement après trois quarts d'heure de durée. De ces faits et d'autres semblables observés par Morell Makenzie, Terrillon, B. Fränkel, moi-même et autres, il résultait donc que d'anciens accès d'asthme disparaissaient après l'extirpation de polypes du nez, et que par conséquent ces accidents étaient une cause fréquente de cette pénible maladie. Plus tard Schaffer, Sommerbrodt, Bresgen et autres ont démontré par leurs publications que non seulement les polypes mais aussi les affections les plus variables des fosses nasales et du rétro-pharynx pouvaient provoquer des attaques d'asthme. Mais toutes ces observations furent surpassées par les recherches de Hack publiées en 1882 et 1883 dans le *Wiener Med. Wochens.*, d'abord, et plus tard dans une monographie où il étendit les limites de cette étiologie; selon lui, les corps caverneux des cornets et surtout ceux des cornets inférieurs jouent dans la production des névroses réflexes d'origine nasale un très grand rôle et il fait dépendre l'irritation réflexe du gonflement de la muqueuse de la partie antérieure de ces cornets.

Une irritation quelconque, en provoquant la tension des corps caverneux, détermine une inflammation de la muqueuse et des nerfs qui s'y rendent, d'où les réflexes; mais cette tension des corps caverneux ne produit pas toujours des altérations directes, elle cause quelquefois immédiatement des syndromes réflexes très éloignés, tels que l'asthme bronchique. La destruction des corps caverneux serait donc le moyen le plus efficace de supprimer ces états réflexes. Hack attache donc une grande importance à ces corps caverneux, qui ne se trouvent pas seulement en avant du cornet inférieur, mais aussi au bord du cornet moyen et en arrière du cornet inférieur. Il pense aussi que le gonflement des corps caverneux est loin de retentir sur la muqueuse; cette dernière, au contraire, ne se modifierait que d'une façon insensible, quelquefois même, au lieu d'être hyperhémiee, elle serait plutôt anémiee par le fait de la compression qu'elle subirait. Ainsi se trouveraient expliqués les cas de rhinite hypertrophique sans accompagnement de névroses réflexes, de même que quelquefois la cessation de ces névroses après

l'apparition de la rhinite hypertrophique. C'est ainsi qu'il est rare encore d'observer la concomitance des polypes nasaux et de l'asthme bronchique et que, dans des cas d'association de ces deux affections, la destruction des corps caverneux, même en respectant les polypes, fit cesser les attaques d'asthme.

On pourrait diviser les névroses réflexes d'asthme nasal en : 1° névroses provoquées par l'examen, telles que éternuements, larmolements, troubles respiratoires et circulatoires ; 2° en névroses, non provoquées par l'examen, telles que migraine, vertige, accès épileptiformes, névralgie, congestion nasale, tic douloureux, asthme, etc.

Si nous passons à une critique détaillée, la question la plus importante qui se posera sera la suivante : *Existe-t-il vraiment une relation intime entre l'asthme et les affections nasales*? Cette question est résolue par l'affirmative depuis les recherches des auteurs que nous avons mentionnés et les discussions du Congrès « fur innere medicin » de l'année passée.

Quant au rapport d'origine des deux affections, il n'est pas aisé de trancher la question, car ou l'asthme est coordonné simplement aux affections nasales, ou une de ces affections est causée par l'autre. On comprend la première hypothèse, car quelquefois le traitement de l'affection du nez et de ses annexes reste sans effet sur les attaques d'asthme, bien qu'à l'auscultation on ne constate aucune altération pulmonaire. Mais il est certain aussi que souvent l'affection du nez est la cause de l'asthme, car l'application de la cocaïne sur la muqueuse nasale a maintes fois suffi pour arrêter l'attaque d'asthme et enfin les cristaux de Charcot (Leyden) et les spirales de Curschmann, parties intégrantes du crachat asthmatique, ont disparu après la guérison de l'affection nasale.

Comment peut-on s'expliquer l'origine de l'asthme sous l'influence d'une altération de la muqueuse nasale? L'ancienne idée de l'occlusion de la cavité du nez, comme cause de l'accès, est abandonnée depuis longtemps ; on ne peut pas admettre non plus la propagation de l'affection

nasale aux voies aériennes et aux bronches les plus fines. Nous ne pouvons accepter comme explication que des influences nerveuses : en effet Kratschmer a montré expérimentalement qu'il y avait un rapport intime entre les nerfs de la muqueuse du nez et ceux de la respiration et de la circulation. C'est par le nerf trijumeau que se produit cet effet et l'irritation de la muqueuse nasale provoque aisément un spasme de la glotte. Chez l'homme Hack produisait facilement des symptômes analogues en touchant la muqueuse du nez avec une sonde et le spasme ne pouvait prendre fin qu'après un accès de toux.

J'observai les mêmes signes chez une hystérique. Non seulement le trijumeau peut causer cette excitation, mais même le nerf olfactif, fait déjà connu des anciens médecins ; ainsi Schneider rapporte dans son *Traité des catarrhes* l'observation d'un catarrhe suffocant par suite de l'odeur des roses. De même, van Helmont parle, dans plusieurs chapitres de son livre, de l'influence des parfums sur la production de la migraine, des battements de cœur, de l'asthme et d'autres maladies. Plus connu encore est le cas de Cullen, sur l'asthme de l'ipécacuanha et Trousseau a cité l'influence des violettes sur l'apparition de l'asthme. Du reste, Gourewistch et Luchsinger ont reproduit expérimentalement ces faits en provoquant des névroses respiratoires réflexes au moyen de l'excitation du nerf olfactif. C'est ainsi qu'on peut expliquer l'asthme, *dit des foins*, qui a été causé par l'odeur de diverses plantes à la période de floraison. Dans tous les cas, il s'agit d'une irritation des nerfs de la muqueuse nasale et de symptômes réflexes par la voie du nerf vague.

Je ne veux pas m'appesantir outre mesure sur le mode de production de l'asthme, je me contente seulement de dire que je crois à un rétrécissement spasmodique des bronches, à cause des râles sibilants que l'on entend au plus fort de l'attaque. Quant à la cause de ce symptôme, Weber suppose l'existence d'une hyperhémie et d'un gonflement soudains des fines bronches suivis, en même temps que le nez sécrète, d'une expectoration abondante de crachats.

Mais cette hypothèse seule ne suffit pas pour expliquer

l'accès, car Sommerbrodt a décrit une névrose vaso-motrice de la muqueuse bronchique sans accès d'asthme. Nous devons donc, à l'exemple de Riegel, supposer un spasme du diaphragme à défaut de spasme bronchique.

Hack attache, je l'ai dit, une grande valeur à l'hypertrophie des cornets inférieurs, car les irritations qui frappent la muqueuse peuvent provoquer la tuméfaction des corps caverneux et ensuite des accès de suffocation. Je partage cette opinion et je puis affirmer, par des observations nombreuses faites à la *Universitäts Poliklinik*, que des accès d'asthme peuvent être provoqués par l'excitation de toutes les parties de la muqueuse nasale qui contiennent des corps caverneux. Mais ce n'est pas exclusivement de ces parties que peut naître l'irritation ; les polypes, l'hypertrophie partielle et diffuse de la muqueuse et de la charpente osseuse, l'altération de la cavité naso-pharyngienne et du pharynx lui-même peuvent aussi provoquer des accès d'asthme. Hack admet tout cela, mais avec la restriction que ces processus produisent un gonflement des corps caverneux ; cette hypothèse manque pourtant de base anatomique, car les *nervi erigentes* auxquels l'irritation des diverses parties du nez doit se transmettre pour produire la turgescence des corps caverneux, sont hypothétiques, ensuite on ne réussit que rarement à provoquer, comme le voudrait cet auteur, le gonflement des corps caverneux en sondant l'intérieur du nez, et par suite des névroses réflexes. L'observation rhinoscopique ne répond pas non plus à cette hypothèse, car il arrive assez souvent de ne constater ni gonflement, ni hyperhémie de la muqueuse.

Hack subordonne presque toujours l'apparition des troubles réflexes au gonflement des corps caverneux qu'il prétend être empêché par l'hypertrophie de la muqueuse et quand dans ces derniers cas les symptômes nerveux subsistent, il pense que ce n'est pas par le processus catarrhal, mais malgré lui. Certes, cette théorie pourrait, à la rigueur, expliquer l'absence des troubles nerveux dans nombre d'altérations hypertrophiques de la muqueuse, mais malheureusement cette séparation des corps caverneux de la mu-

queuse n'est pas justifiée au point de vue anatomique, car, selon Zuckerkanld, le tissu caverneux ne forme pas une couche séparée, mais il est intimement uni à la muqueuse qu'il traverse dans toute son épaisseur, et le gonflement de ce tissu, comme l'a démontré E. Frankel, est consécutif à une hypertrophie de la muqueuse des cornets, que cette hypertrophie soit superficielle ou profonde. Cette impossibilité de séparer les corps caverneux de la muqueuse ruine donc l'hypothèse de Hack et sa conclusion que la fréquence de l'asthme d'origine nasale est en proportion inverse de l'inflammation de la muqueuse.

Il faut plutôt croire que la théorie des corps caverneux a servi de base à l'explication des succès remarquables observés chez certains malades, guéris par la destruction de la muqueuse, extrêmement tuméfiée, et comme les succès étaient évidents après l'extirpation des corps caverneux, il était bon de voir si le gonflement de ces derniers ne devait pas leur existence à une circonstance particulière qui, pour nous, est l'augmentation de l'irritabilité des nerfs du nez et surtout du trijumeau et de ses rameaux. Nous trouvons du reste un appui pour cette supposition dans les observations de Rossbach sur l'hyperhémie de la muqueuse trachéale après l'irritation des nerfs de la peau et celles de Loven sur le gonflement des vaisseaux dans le voisinage des nerfs irrités, ce qui doit se produire d'autant plus facilement dans le nez qu'ici le terrain est particulièrement favorable en raison de l'existence de ces corps caverneux si susceptibles de se gorger de sang, sous l'influence des irritations les plus variables. Ainsi s'explique la fréquence de la tuméfaction du cornet inférieur où le développement vasculaire est le plus grand par suite de sa situation et de son étendue.

L'irritabilité des nerfs du nez peut provenir d'affections multiples, sans que l'on puisse dire, après l'inspection du nez, si la lésion observée peut produire une névrose réflexe ou non. La constitution du malade expliquera le fait bien plus facilement ; de tels sujets sont ordinairement hystériques ou névropathiques, ou anémiques, ou mal nourris, ou cachectiques ou déprimés moralement ; le sexe féminin

formait le contingent le plus fort parmi les malades soignés à la *Poliklinik*. Chez les hommes, au contraire, les plus malades étaient ceux qui avaient eu autrefois une situation sociale meilleure. Dans la *clientèle particulière*, la balance était à peu près égale entre les deux sexes, mais les plus atteints, du côté masculin, étaient ceux qui abusaient du travail intellectuel, sans se distraire suffisamment. C'est ce fait qui nous explique la rareté des troubles nerveux, à la suite des polypes du nez, que l'on rencontre le plus souvent chez des personnes indolentes et peu actives. C'est encore la raison de l'explication de ces faits de guérison, après un certain temps, de troubles nerveux assez opiniâtres, par suite de modifications de la constitution. Enfin, chez certains malades, l'obstruction du nez avait pris de telles proportions, que la voie réflexe était supprimée et l'accès d'asthme ne pouvait plus aboutir.

En dehors de ces considérations d'un ordre général, il faudra des causes particulières pour provoquer une attaque d'asthme, même chez des personnes bien disposées. Ces causes siègeront la plupart du temps dans les voies supérieures respiratoires du malade; ou bien, ce seront des influences nuisibles agissant extérieurement sur ces parties. De petits polypes pédiculés peuvent, par leur mobilité, irriter la zone asthmatogène. Des follicules isolés, de la grosseur d'un pois, de la paroi antérieure du pharynx, provoquaient l'asthme, qui disparaissait après leur destruction par l'acide chromique. L'hypertrophie des amygdales, des pharyngites chroniques peuvent aussi engendrer l'asthme. Plus fréquemment encore les varices des cornets et de leurs parties postérieures jouent ce rôle. Ces dernières altérations provoquent plutôt des souffrances qui ressemblent assez à l'asthme, mais qui ne doivent pas lui être entièrement assimilées, ce que l'on a fait trop souvent. Ces attaques de pseudo-asthme se montrent seulement quand le malade est couché, parce que les parties postérieures des cornets variqueux rendent alors impossible la respiration par les narines : si les malades n'ont pas pris l'habitude de respirer la bouche ouverte, un accès de suffocation survient qui les force à se dresser subi-

tement, mais ce n'est pas le véritable asthme, car les symptômes caractéristiques manquent absolument. En dehors de ces gonflements variqueux des cornets, on voit aussi l'asthme apparaître consécutivement à la tuméfaction mollasse de la muqueuse de la cloison nasale, au-dessous du tubercule; ce dernier siège de l'altération nasale a déterminé Hering, d'abord, et Baratoux, après lui, à placer la zone sensitive au septum et à n'attribuer qu'un rôle secondaire aux cornets qui n'agissent en ces cas qu'en irritant par le contact la zone asthmatogène de la cloison nasale; de cette façon, une attaque peut être provoquée même quand les cornets sont atrophiés, si la muqueuse de la cloison est en contact avec une concrétion sèche.

A ces causes mécaniques de production de l'asthme, il faut joindre les troubles de la digestion et de la menstruation, les variations de la température, le séjour dans une atmosphère infectée ou remplie de poussière, les odeurs de certaines plantes, à condition, bien entendu, que l'irritabilité locale du trijumeau soit augmentée.

L'écoulement abondant et séreux du nez, qui, habituellement, accompagne les troubles nerveux, le sentiment d'obstruction nasale, ainsi que les éternuements qui se présentent sans cause particulière, montrent que la muqueuse nasale enflammée fait partie du tableau morbide.

La conclusion légitime de ce qui précède est la nécessité de l'examen du nez et de ses annexes dans les cas d'asthme, sous peine d'échouer dans la thérapeutique de nombre de cas. Cet examen doit être fait au moyen de la sonde, qui, par son contact, détermine très vite du larmolement, du gonflement de la muqueuse, de l'éternuement, de la toux, et même un accès de suffocation, si l'endroit sensible a été touché. Ce dernier se trouve facilement si on anesthésie une partie de la muqueuse après l'autre, au moyen de la cocaïne. Ces tentatives doivent naturellement être faites avec la plus grande patience et d'une façon répétée, pour pouvoir localiser la zone de sensibilité. S'appuyant sur cette propriété de la cocaïne et de ses succédanés, on a indiqué une thérapeutique des névroses réflexes qui peut être admise comme palliative,

mais qui, à cause de son effet passager, ne peut pas être acceptée comme une vraie médication.

La thérapeutique ne doit pas être uniforme, elle doit, autant que possible, être adaptée à chaque cas. Le pharynx est-il malade et reconnu comme foyer de la maladie, le malade doit être soigné suivant les diverses indications, les amygdales hypertrophiées doivent être extirpées, des follicules proéminents doivent être détruits par la cautérisation par la galvanocaustique, le bâton de nitrate d'argent ou l'acide chromique (Hering).

J'ai appliqué ce dernier caustique dans plus de 200 cas de maladies très variables des voies supérieures, à ma grande satisfaction, et sans être obligé d'avoir recours aux lavages à l'aide d'une solution de soude. Les polypes nasaux, les tumeurs adénoïdes et les parties hypertrophiées de la muqueuse doivent être détruits par les moyens en usage. La rhinite hypertrophique demande un traitement très circonspect; dans les cas légers le nitrate d'argent suffit, tandis que dans les cas invétérés il faut appliquer l'acide chromique et le galvanocautère.

On devra se servir de la cocaïne dans toutes les opérations sérieuses, pour diminuer la douleur, diriger aisément le traitement de façon à prévenir des complications fâcheuses, telles que l'adhérence des cornets avec la cloison nasale et un érysipèle traumatique. On ne doit pas oublier non plus que l'application énergique du galvanocautère, et elle doit être ainsi faite, n'est pas du tout aussi innocente que Semon le croit. La nécrose des cornets (Hering), l'anosmie complète, des otites moyennes (Schäffer), des hémorrhagies abondantes (Ziem), l'œdème du palais (Schmaltz), même l'avortement (Hüpper), ont été observés après l'emploi de ce moyen par des médecins très prudents et très expérimentés qui avaient pratiqué l'extirpation des corps caverneux.

J'ai moi-même constaté une fois l'apparition de symptômes méningitiques avec fièvre à la suite d'opérations de ce genre entreprises par d'autres confrères. Enfin, après l'opération, on a observé des cas de délire passager (Ziem), des convulsions épileptiformes et de la névralgie du trijumeau

(Schmaltz), de l'érythème (Schœffer), des gonflements rhumatoïdes (Hack), des éruptions cutanées fébriles (Hack et autres). Toutefois ces complications ne doivent pas faire rejeter l'opération et ne la faire adopter que lorsque tout autre moyen aura échoué, car les cas heureux après l'opération ne sont pas rares.

Il est difficile d'assurer une guérison radicale et exempte de toute rechute, mais j'ai recueilli, pendant une période de 9 ans à la *Universitäts Poliklinik*, 500 observations d'affections du nez, dont 143 liées à l'asthme, surtout constatées pendant ces trois dernières années, et c'est la rhinite hypertrophique qui fournissait la plupart des cas (55). J'ai observé 21 hypertrophies et végétations granuleuses du cornet inférieur, 11 du moyen, des affections sérieuses de la cloison ainsi que des déviations et exostoses de cette partie dans 9 cas. L'hypertrophie des amygdales fut 5 fois la cause des troubles respiratoires, les différentes formes de la pharyngite, 28 fois.

Au début, lorsque, partageant l'opinion de Hack, je considérais les corps caverneux comme cause provocatrice des accès d'asthme, je n'eus guère de succès à la suite d'opérations un peu étendues; mais plus tard quand je ne les considérais plus comme la seule cause de ces névroses, surtout lorsque j'employais la cocaïne comme moyen diagnostique, les séries heureuses furent plus constantes. J'eus alors 8 guérisons et 3 améliorations notables sur 55 cas de rhinite hypertrophique, 6 guérisons et 4 améliorations notables sur 21 altérations pathologiques du cornet inférieur et 3 guérisons et 2 améliorations sur 11 affections du cornet moyen. Dans 7 cas de polypes, l'extirpation (5 fois) a amené une guérison radicale; l'extirpation des amygdales hypertrophiées réussit 2 à 3 fois sur 5; le traitement de 3 cas de pharyngite sur 28 fut aussi suivi de guérison des névroses.

Un certain nombre d'observations ne donnèrent pas de résultats favorables, parce que l'asthme était trop ancien et que des altérations importantes s'étaient déjà produites dans les poumons; malgré cela le traitement chirurgical améliora

un certain nombre de ces cas et les attaques devenaient plus rares.

Le traitement interne a aussi favorisé la guérison après l'opération, tandis qu'auparavant ce traitement restait inefficace. L'iode, les toniques et les sédatifs du système nerveux ont été alors mis en usage.

Il résulte de ce que je viens de dire que la thérapeutique de l'asthme a progressé dans ces derniers temps et que c'est à Hack que revient l'honneur de ce progrès, malgré l'exagération fâcheuse qu'il apporta dans l'explication de l'asthme de cause nasale.

PRESSE ÉTRANGÈRE. — SOCIÉTÉS SAVANTES ÉTRANGÈRES.

Autofonia, par D. RAFAEL ARIZA.

Deux observations intéressantes d'autophonie sont suivies de quelques considérations générales, qui ne prétendent point à l'originalité.

L'auteur rappelle que l'autophonie a été longtemps méconnue, parce qu'elle est souvent marquée par des symptômes auriculaires plus graves, ou encore parce que le malade rend fort mal compte des symptômes qu'il éprouve.

L'autophonie est toujours due au défaut d'occlusion physiologique de la trompe; grâce à cette béance, les ondes sonores pénètrent dans la caisse du tympan par une voie anormale. Donc toutes les causes qui peuvent donner lieu à une béance permanente de la trompe la produisent : ulcération ou cicatrices rétractiles du pavillon, atrophie partielle ou totale de la muqueuse, spasme des muscles abducteurs ou dilatateurs.

D'où résulte qu'il est parfois possible de guérir l'autophonie sans pour cela améliorer la lésion auriculaire qui l'accompagne. Des injections modifieront la muqueuse atrophiée; des courants électriques ou le massage digital modifieront la contractilité des muscles péristaphylins.

Mais encore une fois, avant de trouver la cause de l'autophonie, la grande difficulté consiste à constater son existence;

aussi, pour peu qu'on la suspecte, ou que les explications qu'on reçoit soient embrouillées, doit-on ausculter les oreilles du patient tandis qu'on le fait parler. M. L.

Otitis media purulenta tuberculosa, par RAFAEL ARIZA.

L'auteur conclut :

1° Les otorrhées tuberculeuses ont des symptômes caractéristiques qui permettent de les distinguer des otites non tuberculeuses et qu'on comprend avec elles sous la dénomination générique d'otites moyennes suppurées chroniques.

2° Ces otites sont curables :

a) Quand la tuberculose est limitée à l'oreille ;

b) Et même, quand elles sont secondaires, à la tuberculisation d'autres organes, pourvu que les malades ne soient pas arrivés aux périodes ultimes de la phthisie. M. L.

Observaciones de cancer laringeo. — Possibilité d'en diagnostiquer les variétés au moyen du laryngoscope. — Indications thérapeutiques, par D. RAFAEL ARIZA.

L'auteur fait suivre six intéressantes observations de cancer laryngé de réflexions inédites. Il n'a rien à modifier à ce qu'il a dit l'année dernière dans un traité intitulé : *Éléments diagnostiques du cancer du larynx* ; mais l'expérience plus grande qu'il a acquise depuis lors lui permet de mieux insister sur le diagnostic de l'affection.

La lésion commence toujours par un bouton, par une petite tuméfaction limitée à un point du larynx et qui semble faire corps avec les tissus où elle s'implante ; sa coloration est d'un rouge obscur, sa surface mamelonnée, et peu à peu, en grossissant, elle imprime à la cavité laryngée une direction oblique et une déviation plus grande que celle qu'on observe dans les laryngites hypertrophiques ; au contact de la sonde, on éprouve une sensation de dureté spéciale. En présence de la réunion de ces signes, on peut affirmer qu'il s'agit d'un cancer du larynx.

Peut-être la conviction au sujet du diagnostic laryngoscopique du cancer laryngé n'est-elle pas encore bien formée dans

le monde des spécialistes ; mais l'auteur a l'espoir de voir ses idées acceptées un jour ou l'autre ; il en sera de cela comme de la tuberculose hypertrophique et végétante du larynx, qu'il a décrite plusieurs années avant qu'elle ne soit généralement admise.

Bien plus, au dire d'Ariza, le laryngoscope permet de reconnaître à quelle variété de cancer l'on a affaire, épithéliome ou sarcome. L'épithéliome s'étend plus à la superficie des tissus, tandis que le sarcome forme même tumeur et a plus de tendance à l'agglomération arrondie. La surface de l'épithéliome est inégale, granuleuse : la périphérie du sarcome est, au contraire, lisse et unie. La coloration rouge obscure de l'épithéliome se marbre par places de nuances pâles, tandis qu'elle se diffuse également sur tout le sarcome.

L'envahissement ganglionnaire du sarcome produit des masses molles, pseudo-fluctuantes, tandis que les ganglions épithéliomateux sont durs et compacts.

Quel traitement opposer au cancer du larynx ? D'abord, il est évident que les chances de guérison sont d'autant plus nombreuses que la maladie est plus tôt reconnue ; d'où

- l'avantage d'un diagnostic laryngoscopique précoce.

Médicalement, on peut améliorer les cancers, mais non les guérir. On les attaquera donc chirurgicalement au début par la voie endolaryngée ; plus tard, par l'extirpation du larynx.

Ariza se montre un chaud partisan de l'extirpation du larynx ; il passe en revue les objections qu'on lui adresse et s'efforce de démontrer leur inanité, ou tout au moins leur exagération. Son devoir, comme spécialiste, est d'indiquer le seul chemin qui puisse mener à la guérison.

M. L.

Consideraciones acerca de la laringitis sifilitica terciaria, par D. RAFAEL ARIZA.

Les seules manifestations importantes de la syphilis laryngée s'observent à la période tertiaire. On éprouve de grandes difficultés à les distinguer des laryngites cancéreuses ou tuberculeuses, car toutes trois ont comme caractère commun les hypertrophies, les ulcérations et les végétations.

L'examen laryngoscopique est le seul moyen de reconnaître les laryngites syphilitiques tertiaires, car il importe d'arriver au diagnostic sans avoir besoin d'interroger les antécédents que les malades nient ou ignorent le plus souvent.

Les auteurs ont décrit deux formes d'hypertrophie syphilitique du larynx : l'inflammatoire et la gommeuse. C'est un tort : entre ces deux formes, il n'existe aucune différence, Toutes deux sont formées des mêmes éléments anatomiques, possèdent la même tendance à l'ulcération : elles ne varient que par l'arrangement des parties. La variété connue sous le nom d'inflammatoire est composée de petites cellules infiltrées d'une façon diffuse dans les tissus, et absolument semblables à celles qui existent dans la forme gommeuse, avec cette seule différence que dans le second cas ces cellules se groupent en nodules que séparent des espaces de tissu sain. Mieux vaut donner à l'hypertrophie inflammatoire du larynx le nom de *lupus syphilitique* en le comparant à certain *lupus cutané* qui lui ressemble absolument par sa structure (infiltration et prolifération de jeunes cellules) et par sa marche corrosive et serpentineuse (destruction des éléments morbides). De la disposition anatomique que le syphilome adopte dans l'hypertrophie appelée inflammatoire, il résulte que son extension est plus grande que dans la forme gommeuse, caractère qui suffit à les distinguer.

Après une courte description laryngoscopique de chacune de ces deux formes, et quelques observations qui y ont trait, l'auteur termine par quelques considérations pronostiques.

Les laryngites tertiaires sont très graves, et il y a presque toujours lieu d'employer contre elles des moyens chirurgicaux. Ce n'est qu'à la période d'évolution, avant que l'hypertrophie ne s'ulcère et n'aboutisse à la sténose, qu'on pourrait espérer une guérison sans opération ; mais à ce moment, l'affection échappe généralement à l'observateur. De plus, l'évolution du mal est si rapide qu'il ne laisse pas à la médication spécifique le temps de faire sentir sa bienfaisante influence.

La forme lueuse est plus grave que la forme gommeuse, car elle est plus étendue, s'ulcère plus vite, et amène une sténose cicatricielle plus importante : en revanche les tumeurs gommeuses, obstruant la glotte, amènent plus souvent l'asphyxie.

L'auteur avoue que s'il était appelé au début d'une laryngite tertiaire hypertrophique même avant tout accident dyspnéique et même sans que les ulcérations se soient encore produites, il n'hésiterait pas à conseiller la trachéotomie. Une telle manière de faire peut sembler paradoxale : mais l'expérience enseigne des choses qui au premier abord peuvent sembler paradoxales : et l'auteur a acquis la certitude que non seulement les syphilomes mais aussi les infiltrations tuberculeuses du larynx se résolvent sous l'influence de la trachéotomie, et comme le danger, dans le lupus laryngé, commence à se montrer lors de la cicatrisation, on aura évidemment tout avantage à employer tous les moyens qui permettent d'éviter l'ulcération.

M. L.

De la tuberculosis laringea poliposa y vegetante en España y en el extranjero, par D. RAFAEL ARIZA.

Petit pamphlet, dans lequel l'auteur fait une réclamation de priorité en sa faveur, au sujet de la tuberculose végétante du larynx, qu'il prétend avoir décrite le premier en 1877 : « Il est vrai, dit-il, que la littérature médicale espagnole ne compte pas dans la science. » Dans une foule de publications antérieures aux travaux de Schnitzler, Chiari, Kidd, Mackenzie, il a établi que les hypertrophies laryngées sont pour le diagnostic de la tuberculose un signe de valeur bien plus grande que les ulcérations. Et voilà pourquoi les auteurs étrangers se disputent actuellement la priorité d'une découverte qui depuis des années appartient à l'histoire. M. L.

Laringitis hypertrofica benigna (observations de ses variétés sus et sous-glottiques), par D. RAFAEL ARIZA.

Cette brochure renferme deux intéressantes observations ayant trait : la première, à un cas de laryngite plastique sus-glottique ayant nécessité la trachéotomie ; la seconde à

un cas de laryngite hypertrophique sous-glottique bénigne.

De la première, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° La laryngite hypertrophique simple peut dans certains cas exceptionnels avoir une gravité réelle ;

2° Elle a comme signes objectifs : tuméfaction uniforme de la muqueuse ; coloration claire générale ; absence de nodules, de tubercules ou d'excroissances ; symétrie parfaite bilatérale du processus morbide ; sécrétion nulle ou simplement muqueuse ; absence d'infarctus ; tendance plus grande à la chronicité que les autres hypertrophies laryngiennes ;

3° Par ces seuls signes laryngoscopiques il est possible d'établir un diagnostic, indépendamment des symptômes généraux ou des antécédents ;

4° L'hypertrophie laryngienne, quand elle est ancienne et fort étendue, n'est point curable par les médications internes ou locales ; elle réclame l'assistance de la chirurgie intralaryngée.

La seconde observation donne lieu à des déductions autres :

1° Il existe un type de laryngite hypertrophique aisé à reconnaître, d'autant même qu'il se sépare nettement de tous les autres types connus ;

2° La rareté de cette forme doit être très grande, car la description ne s'en rencontre pas parmi les auteurs classiques ;

3° L'aspect qu'elle présente fait penser à un vice de conformation des cordes vocales, à une simple exagération de leur largeur bien plus qu'à une véritable altération pathologique ;

4° L'erreur est possible dans ce cas, car la partie hypertrophiée fait corps avec la vraie corde vocale et ne s'en distingue par aucun signe appréciable.

M. L.

(Papiloma laringeo sub-glottico, operación, curacion)
(Papillome laryngien sous-glottique. Opération. Guérison), par D. JOSÉ ROQUER CASADESUS. (*Revista de laringologia, otologia, etc.*, 1^{er} mars 1886, n° 9, p. 150.)

Il s'agit d'une femme de vingt et un ans, souffrant depuis deux années de dysphonie rauque entrecoupée de légers

accès de suffocation nocturne. Au printemps de 1883, la voix devint voilée ; un médecin crut à une laryngite catarrhale, mais ne réussit point à améliorer la voix. La vacuité persistant, on crut à un commencement de tuberculose laryngée, sans cependant qu'un minutieux examen pulmonaire vint confirmer ce diagnostic. En 1885 l'aphonie fut presque complète.

Au laryngoscope, on voit des cordes blanches ; mais, pendant l'inspiration profonde, on aperçoit une tumeur granuleuse gris perle, de la grosseur d'une framboise, insérée sous la corde vocale droite et occupant environ le 1/3 antérieur de la commissure glottique. Durant les efforts de phonation, les cordes vocales se rapprochent, et la tumeur disparaît complètement sous la glotte.

L'auteur porte le diagnostic papillome.

En anesthésiant le larynx à l'aide d'une solution de cocaïne à 10/100 il parvient, en quatre séances, à arracher totalement la tumeur à l'aide des pinces latérales de Fauvel.

Cette observation, peu intéressante, donne à l'auteur l'occasion de faire une courte dissertation élémentaire sur le diagnostic des tumeurs intralaryngées, et sur leurs divers modes de traitement.

M. L.

Estudios de laringologia, par D. RAFAEL ARIZA.

Dans le cinquième volume de l'Institut de thérapeutique opératoire, le D^r R. Ariza a réuni un certain nombre d'articles afférents à la spécialité qu'il pratique. Il faut d'abord citer une monographie qui a pour titre : *Conceptions rationnelles sur les spécialités*, où l'auteur développe le programme des spécialités envisagées d'une façon générale. La spécialisation s'impose en médecine ; elle constitue un véritable progrès scientifique. Tout médecin qui aspire au titre de spécialiste doit posséder une connaissance parfaite du point déterminé de la science sur lequel portent ses études, et surtout ne pas négliger, comme on le croit généralement, d'éluder la pathologie générale qui lui apprend à connaître les diathèses dont l'affection locale qu'il soigne n'est souvent que l'expression.

Les autres monographies sont remarquables par le savoir clinique qu'elles dénotent. Il faut particulièrement citer celles qui ont trait au *cancer du larynx*, à la *laryngite syphilitique tertiaire*, à la *tuberculose végétale du larynx* et enfin à la *laryngite hypertrophique*. Deux points à remarquer : l'auteur discute l'opportunité de la trachéotomie dans la laryngite gommeuse et indique le moment précis où on ne peut plus la différer sans danger pour la vie du malade ; ailleurs, il réclame la priorité de description de la *tuberculose laryngée polypeuse et végétante*, attendu qu'il est le premier (1877) qui ait observé chez les vivants des végétations tuberculeuses du larynx.

M. L.

Concepto racional de las especialidades (Considérations sur les spécialités), par D. RAFAEL ARIZA. (Madrid, Enrique Teodoro, 1885.)

Cette petite brochure est un enthousiaste panégyrique de la *spécialité*. Au début, dit l'auteur, à l'aurore des connaissances philosophiques, toute science était générale et abstraite ; mais peu à peu, à mesure que le champ des connaissances humaines s'étendit, un besoin de se restreindre, de se spécialiser se fit sentir surtout dans le domaine de la médecine, la plus antique de toutes les sciences naturelles. Avec les progrès de l'art de guérir, des relations s'établirent entre lui et la mécanique, la thermodynamique, l'électricité, l'histologie, la chimie ; et chacun se tourna vers telle spécialité où le dirigeaient ses aptitudes naturelles. Au reste, il est facile de s'assurer que les spécialités existaient dès l'origine : ainsi l'oculistique était connue et pratiquée des Égyptiens.

La spécialisation est donc un progrès d'ordre scientifique : mais en est-elle également un d'ordre professionnel ? Pour s'en convaincre, il suffit de considérer les deux facteurs de ce problème : le spécialiste et la société. L'un doit avoir une juste idée des conditions que lui inspire son rôle ; l'autre doit être convaincue des avantages qui résultent pour elle de cette spécialisation.

Le bagage médical du spécialiste doit comprendre : une

perfection plus grande sur un point déterminé de la science et une grande habileté technique en cette matière. C'est une erreur grave, et malheureusement répandue, que de croire que le spécialiste doit limiter ses études à la sphère de son action thérapeutique : il doit au contraire avoir une parfaite connaissance : 1° de diathèses qui modifient les affections locales ; 2° des deutéropathies qui peuvent amener des localisations morbides à l'organe qu'il étudie. En somme, le parfait spécialiste doit avoir une instruction générale égale à celle du médecin non spécialiste.

Quant au rôle de la société, il devient de jour en jour plus important. Quand les hommes sauront que bien des maladies réputées incurables ne le sont point ; ou encore qu'un certain nombre d'affections sont devenues irrémédiables pour n'avoir pas été diagnostiquées et soignées à temps par un spécialiste qui eût pu les enrayer, alors la spécialité sera universellement reconnue et décrétée d'intérêt général.

L'Espagne est dans une infériorité réelle au point de vue de la spécialisation médicale : la faute en est à l'éducation qui s'y donne. Le remède serait d'imiter l'étranger, où les spécialités sont obligatoires dans les examens au même titre que la pathologie et la clinique générale.

Un court historique de la spécialité laryngoscopique termine ce chaud plaidoyer en faveur d'une cause réellement digne de l'éloquence convaincue que l'auteur a mise à la défendre.

M. L.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANGLETERRE.

Laryngologie.

Trachéotomie dans la diphthérie laryngée, par B. W. PARKER, 2° édition, chez Lewis, Londres, 1885.

Laryngite glandulaire chronique, par GORDON HOLMES (*Lancet*, 1885).

- Remarques sur la paralysie laryngée et l'inégalité des pupilles, par J. FINLAYSON (*Lancet*, 1^{er} janv. 1885, p. 3).
- Ankylose de l'articulation crico-thyroïdienne, consécutive à une périchondrite, par HODGKINSON (*Brit. med. jour.*, 5 juin 1885).
- La voix chez les chanteurs, par KLEIN (*The med. and surg. Reporter*, 18 juillet 1885).
- Affection laryngée dans l'ataxie locomotrice, par ORD et SEMON (*Brit. med. journ.*, 4 avril 1885).
- Trachéotomie datant de quelques mois, difficulté pour enlever la canule, guérison, par GOLDING BIRD (*Brit. med. Journ.*, 24 octobre 1885).
- Trachéotomie chez les enfants du premier âge, par W. P. HEARNDEN (*Lancet*, 7 oct. 1885).
- Aphonie, conséquence d'une affection du larynx, par D. NEWMAN (*Glasg. med. Journ.*, sept. et oct. 1885).
- Corps étranger du larynx, ablation par la plaie trachéale après la trachéotomie; guérison, par SMITH SALOMON (*Lancet*, 17 octobre 1885).
- Un cas de bronchocèle compliqué de spasme laryngé, par W. TONNAN (*Lancet*, 17 octobre 1885).
- Fracture du cartilage thyroïde, laryngotomie, guérison, par MANBY (*Lancet*, 9 janv. 1886).
- Extraction d'un corps étranger des bronches, par MAC-CORMAC (*Lancet*, nov. 1885 et janv. 1886).
- Spasme laryngé causé par une pulvérisation avec la cocaïne, par HAVILAND-HALL (*Lancet*, 24 nov. 1885).
- Anévrysme de l'aorte avec compression de la trachée et des récurrents, par HAVILAND-HALL (*Lancet*, 19 déc. 1885).
- Laryngites infectieuses d'origine rhumatismale, par A. MANTLE (*Brit. med. Journ.*, 21 nov. 1885).
- Ulcération syphilitique de la trachée, par SILCOCK-QUARRY (*Lancet*, 19 déc. 1885).
- Relations du larynx et de la trachée avec la colonne vertébrale chez le fœtus et l'enfant, par J. SYMINGTON (*Journ. of Anat. et Physiol.*, vol. XIX, avril 1885).
- Lamelle osseuse retirée du ventricule gauche du larynx à l'aide des pinces, par D. NEWMAN (*Brit. med. Journ.*, 21 février 1885).
- Thyrotomie dans un cas de papillome du larynx, par BENNET MAY (*Lancet*, 6 juin 1885).
- Trachéotomie dans les cas d'hydrophobie, par PITT (*Med. Times*, 20 juin 1885).

Corps étranger du larynx, ablation par la plaie trachéale, guérison, par SALOMON C. SMITH (*Lancet*, 17 oct. 1885).

Spasme laryngé, consécutif à un bronchocèle, par W. YOUNAN (*Lancet*, 17 oct. 1885).

Otologie.

Extraction d'une exostose éburnée du conduit auditif externe, par BENSON (*Lancet*, 9 mai 1885).

Surdité vasculaire, par COOPER (*Dubl. Journ. of medic. sciences*, juillet 1885).

Cas de trépanation de l'apophyse mastoïde pour calmer la douleur, par OWEN et PYE (*Brit. med. journ.*, 11 juillet 1885).

Anatomie du conduit auditif externe chez les enfants, par SYMINGTON (*Edinb. med. Journ.*, janvier 1885).

Notes sur la surdité, par COOPER (*Lancet*, 27 août 1885).

Nouvel insufflateur et injecteur auriculaire, par COUSINS WARD (*Lancet*, 6 juin 1885).

Effet immédiat sur l'acuité auditive de la division des cicatrices du tympan, par HEVETSON BENDELICK (*Assoc. med. britan. de Cardiff*, 58^e session, *Brit. med. Journ.*, 17 oct. 1885).

Relation des maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde, par SNELL (*Lancet*, 6 juin 1885).

Inflammation desquamative du conduit auditif externe du tympan et de l'oreille moyenne (*Med. and surg. Rep.*, 16 et 23 mai 1885).

Corps étranger de l'oreille et de la gorge, par CRESWELL BABER (*Brit. med. journ.*, 24 oct. 1885).

Surdité et vertige, par D. FORBES (chez Lewis, Londres, 1885).

Fracture de la base du crâne, suppuration de l'oreille, guérison, par GODFREY (*Lancet*, 19 septembre 1885).

Inflammation du cerveau et des méninges, consécutive à une otorrhée, par HYDE HELLS (*Brit. med. Journ.*, 26 septembre 1885).

Maladie de l'oreille, abcès au-dessous du pavillon droit, nécrose du temporal, coma, autopsie, abcès cérébelleux, par R. W. PARKER (*Med. Times and Gaz.*, septembre 1885).

Seringues pour l'oreille, par C.-E. SHELLY (*Brit. med. Journ.*, 31 oct. 1885).

Progrès de l'otologie, par TURNBULL (*Med. and surg. Reporter*, avril 1885).

Un cas d'affection de l'apophyse mastoïde, par FUSSEL (*Med. Times*, 12 décembre 1885).

- Nécrose des apophyses mastoïdes, par ERSKINE (*Glasg. med. Journ.*, juin 1885, p. 426).
- Cloison membraneuse dans les deux conduits auditifs externes, par ERSKINE (*Glasg. med. Journ.*, juin 1885, p. 424).
- Polypes de l'oreille, par CUMBERLAND (*St.-Barth. hosp. Rep.*, t. XX, p. 101).
- Exostoses de l'oreille, par G. FIELD (*Lancet*, 30 mai 1885).
- Otorrhée, abcès du cerveau, par KILHAM (*Brit. med. Journ.*, 13 fév. 1886).
- Méningite après l'ablation d'un polype de l'oreille, par C. ATKIN (*Brit. med. Journ.*, 13 fév. 1885).
- Perception crânienne considérée comme moyen de diagnostic du siège d'une affection de l'oreille, par LUCÆ, de Berlin (*Brit. med. Journ.*, 3 oct. 1885).

Rhinologie.

- Rhinosclérome, par PAYNE (*Brit. med. Journ.*, 24 octobre 1885).
- Ulcères perforants de la cloison des fosses nasales, par HUTCHINSON (*Med. Times and Gaz.*, juillet, p. 6 et 42).
- Traitement des polypes du nez par l'éthylate de sodium (*Asclepiad*, juillet, p. 251).
- Notes sur un cas de rhinolith, par CRESWELL BABER (*Ass. med. Brit.*, 53^e session, 1885, Cardiff).
- Cocaïne dans le traitement de l'hay-fever (*The Lancet*, août 1885).
- Cocaïne dans l'hay-fever, par PAGET (*Brit. med. Journ.*, 27 juin 1885).
- Traitement du coryza aigu (*Med and surg. Reporter*, août 1885).
- Diphthérie nasale et pharyngée dans la scarlatine, par T. BARR (*Lancet*, 10 octobre 1885).
- Existence de cellules olfactives distinctes, par BUCHALON (*Lancet*, 26 septembre 1885).
- Extirpation du maxillaire supérieur, du cornet inférieur, des os nasal et lacrymal, par T. STANLEY (*Med. and surg. Reporter*, 21 novembre 1885).
- Rapports de la méningite aiguë avec les affections de la muqueuse nasale, par J. MAC VAUGT (*Brit. med. Journ.*, 23 mai 1883).
- Action de la cocaïne sur la muqueuse nasale, par CRESWELL BABER (*Brit. med. Journ.*, 7 mars 1885).

Varia.

- Lymphosarcome primitif de l'amygdale, par A. E. BARKER (*Brit. med. Journ.*, 24 octobre 1884).
- Sarcome de l'amygdale, par BILTON POLLARD (*Brit. med. Journ.*, 24 octobre 1885).
- Blessure du pharynx et de l'artère carotide primitive gauche par une arête de poisson, ligature de l'artère, mort, par WALTER RIVINGTON [Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres, 27 octobre 1885 (*Journal des soc. scientif.*, n° 47, p. 52)].
- Cancer de la glande thyroïde, par CARRINGTON [*Pathol. soc. of London*, séance du 1^{er} décembre 1885 (*Gaz. heb. de méd. et de chir.*, n° 52, 1885, p. 853)].
- Association de l'amygdalite et de la pharyngite folliculaire avec la diathèse rhumatismale, par GRIFFITHS (*Brit. med. Journ.*, 13 juin 1885).
- Bicarbonate de soude dans l'amygdalite, par KENDALL (*Brit. med. Journ.*, 13 juin 1885).
- Brûlures du pharynx traitées par l'eau de chaux et l'huile de foie de morue (*The Practitioner*, avril 1885).
- Cancer de l'amygdale, par TOTHERICK (*Brit. med. Journ.*, 27 juin 1885).
- Traitement de la diphthérie, par LAURIN (*Un. méd. du Canada*, août 1885).
- Atrophie du corps thyroïde consécutive à la compression des récurrents, par WHITE-HALE (*Brit. med. Journ.*, 22 août 1885).
- Deux cas d'angine de Ludwig, par E. P. FRANCE (*Lancet*, 26 septembre 1885).
- Des angines infectieuses, par J. CRAIG (*Brit. med. Journ.*).
- Un cas de calcul de l'amygdale, par NIXON (*Trans. of Acad. of med. Dublin*, 1885, p. 289).
- Tuberculose du pharynx, par VAN SANTWORD (*Med. Times*, 12 décembre 1885).
- Des fonctions du nerf récurrent par rapport au corps thyroïde, par WHITE (*Brit. med. Journ.*, 28 novembre 1885).
- Rapports de l'amygdalite et de la pharyngite folliculaire avec la diathèse rhumatismale, par GRIFFITHS (*Brit. med. Journ.*, 13 juin 1885).
- Tubercules de l'amygdale, par ABRAHAM (*Dubl. med. Journ.*, octobre 1885).

FRANCE.

Laryngologie.

- Recherches sur le développement embryonnaire de l'épithélium dans les voies aériennes, par LAGUESSE (*Thèse de Paris*, 1885).
- Epiglottite et laryngite végétantes, traces de cicatrice, trachéotomie, par BRAINE (*Soc. anat. de Paris*, séance du 13 novembre 1885).
- Des laryngopathies tuberculo-syphilitiques, par GRANIER (*Mém. de la Société de thérapeutique*, 30 septembre 1885).
- Trachéotomie chez les enfants à l'aide du tenaculum à lames séparées, par CASTELAIN (*Bulletin médical du Nord*, n° 8, 1885).
- Trachéotomie dans un cas de dyspnée laryngienne consécutive à un anévrisme aortique, mort, absence de toute lésion laryngienne, par D. MOLIÈRE (*Lyon médical*, n° 51, 1885, p. 514).
- Des rapports du larynx et du voile du palais chez quelques animaux, par BROCA (*Soc. anat. de Paris*, séance du 27 novembre 1885).
- Guérison spontanée du croup, par CADET DE GASSICOURT (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1885, p. 213).
- Etude sur l'œdème du larynx (œdème de la glotte), par CHARAZAC (*Thèse de Bordeaux*, 1^{er} août 1885).
- Injections intra-trachéales (*Gaz. heb. de méd. et de chir.*, 6 novembre 1885).
- Revue de laryngologie, par E. BALTIER (*Journ. des sc. méd. de Lille*, novembre 1885).
- Cancer du larynx et de son traitement, par BARETTE (*Concours médical*, n° 2, 1886).
- Crises de mutisme chez des hystériques, par CHARCOT (*Gaz. des hôp.*, 12 janvier 1886).
- Substitution de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne à la trachéotomie chez l'adulte, par DUBREUIL (*Gaz. méd. de Montpellier*, 17 octobre 1885).
- Des troubles laryngés, d'origine cérébrale, par REBILLARD (*Thèse de Paris*, décembre 1885).
- De l'adénopathie trachéo-bronchique, par J. SIMON (*Gaz. méd. de Paris*, novembre et décembre 1885).
- De l'extirpation du larynx, par A. HEYDENREICH (*Semaine médicale*, 20 mai 1885).

Myxome hyalin de la corde vocale inférieure gauche, par E. EEMAN, de Gand (*Revue mensuelle de laryngologie et d'otologie*, n° 1 et 2, 1886).

Des troubles de la voix articulée dans les affections du voile du palais, de la cavité naso-pharyngienne et des fosses nasales, par L. LICHTWITZ (*Revue mensuelle de laryngologie et d'otologie*, n° 1, 1886).

Poivre cubèbe employé sous forme de vaporisations dans un cas de croup complètement désespéré, guérison, par le Dr RENÉ COUÉTOUX (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 mars 1886, p. 27).

De l'extirpation du larynx, par BARATOUX (*Progrès médical*, n° 13, 1886, p. 263).

Contribution à l'étude des accidents laryngés, par MUNSCHINA (*Thèse de Paris*, 1885).

Otologie.

Vertige auriculaire consécutif aux injections de liquide dans le conduit auditif externe, par MULLOT (*Thèse de doctorat*, n° 338, 1885).

Du régime peu azoté dans le diabète et les diabétides auriculaires et oculaires, par BOUCHERON (*Acad. des sciences*, séance du 14 décembre 1885).

Polype muqueux de 30 millimètres de longueur du tympan et sortant de cette cavité à travers une petite ouverture de cette membrane, par NOQUET (*Paris méd.*, n° 50, 19 déc. 1885, p. 605).

Traitement de l'otorrhée chronique, par MÉNIÈRE (*France médicale*, n° 126, p. 1513).

Traitement de l'otorrhée, des furoncles et des granulations du conduit auditif, par BURKNER (*France méd.*, n° 126, p. 1514).

Carie du rocher, phlébite du sinus latéral suivie d'infarctus gangreneux des poumons, par HARTMANN (*Soc. anat. de Paris*, séance du 21 nov. 1885, *In Progrès méd.*, n° 32, 1885, p. 99).

Revue bibliographique internationale de l'éducation des sourds-muets et des sciences qui s'y rattachent, par A. BÉLANGER, professeur aux Sourds-Muets de Paris).

Relations pathologiques qui existent entre l'oreille et l'œil, par CAPDEVILLE (*Marseille méd.*, n° 1, 1885).

Trépanation mastoïdienne dans le traitement de l'otite moyenne suppurée (*Courrier méd.*, déc. 1885 et janvier 1886).

- Plaie de l'oreille par arme à feu, par TRÉLAT (*Soc. de chir.*)
Sur un cas d'exostose du conduit auditif, par JACQUEMART
(*Revue mensuelle de laryngologie, etc.*, 409, p. 477).
Syphilis transmise par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, par LANCEREAUX (*Union médicale*, n° 40, 1886, p. 469).

Rhinologie.

- Contribution à l'étude des polypes fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales, par DEGAIL (*Thèse de doctorat*, Paris, 1885).
Polype de la paroi postérieure des fosses nasales, par PHOGAS (*Soc. anat. de Paris*, séance du 20 novembre 1885).
Tumeur néoplasique des fosses nasales, par KIRMISSON. (*Gaz. des hôpitaux*, 7 janv. 1886).
Des polypes naso-pharyngiens, par TILLAUX (*Gaz. des hôpitaux*, 5 janvier 1886).
Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne, par E.-J. MOURE (chez DOIN, 1886).
Polype fibro-muqueux de l'arrière-cavité des fosses nasales, extirpé par l'arrachement simple ; son opération préliminaire (clinique Richet), par F. VILLAR (*France médicale*, n° 32, 1885, p. 375).
Recherches sur l'anatomie pathologique du rhinosclérome, par E. ALVARES (*Archives de physiologie normale et pathologique*, février 1886, p. 496).

Varia.

- Emploi de la résorcine contre la diphthérie, par FRAIGNAUD (*Union médicale*, 24 septembre 1885, p. 493).
Badigeonnage du pharynx et du voile du palais avec la cocaïne contre les quintes de la coqueluche, par CADET DE GASSICOURT (*Soc. de therap.*, séance du 25 nov. 1885).
Traitement de la diphthérie par l'eucalyptus et l'essence de térébenthine, par le Dr BARTHÉLÉMY (*Gaz. med. de Nantes*, 9 septembre 1885, p. 149, n° 11).
De l'adénopathie rétropharyngienne d'origine syphilitique, par DARBOUET (*Thèse de Paris*, 1885).
Observations de thyroïdite aiguë, par RICKLIN (*Gaz. méd. de Paris*, 19 septembre 1885, p. 448).
Pharyngite douloureuse, accès d'asthme, urticaire et torticolis

- par ingestion de moules, guérison par le salicylate de soude, par DUBOUSQUET-LABORDERIE (*Paris méd.*, 28 nov. 1885, p. 566).
- Traitement antiseptique de la diphthérie et du croup par des fumigations d'acide phénique, benzoïque et salicylique, par RENOU (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 sept. 1885, p. 286).
- Cancer de l'œsophage; indications de la gastrostomie, par LANDOUZY (*Praticien*, n° 43, 1885, p. 509).
- Rétrécissement primitif de l'œsophage, son traitement par la dilatation, par DEBOVE (*Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, séance du 9 oct. 1885).
- De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage, par LAGRANGE (*Gaz. hebdom. des sciences médicales de Bordeaux*, 1885).
- Sur le rétablissement de la perméabilité de l'œsophage, après la gastrostomie, pour rétrécissement cicatriciel, par TERRILLON (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 août 1885, p. 173).
- Cancer du corps thyroïde, extirpation, récurrence mortelle, par PEYROT (*Soc. de chir. de Paris, Gaz. des hôpitaux*, n° 150, p. 1196).
- Kyste congénital du cou, par DUBAR (*Soc. de chir. de Paris, Union médicale*, n° 103, 1885, p. 162).
- Kyste calcifié du corps thyroïde, par TRÉLAT (*Soc. de chirurgie de Paris*, 30 déc. 1885, *Union médicale*, 1886, p. 22).
- Contribution à l'étude des plaies de l'œsophage, par FRANÇOIS (*Thèse de Nancy*, n° 199, 1885, in *Revue médicale de l'Est*, 15 janvier 1886, p. 36).
- Affections des glandes salivaires (grenouillettes et chondrosarcomes), par GROSS et VAUTRAIN (*Clinique chir. de Nancy, Revue méd. de l'Est*, 15 janvier 1886, p. 46).
- Note sur un champignon développé dans la salive humaine, par GALIPPE (*Journal des connaissances médicales pratiques*, 14 janvier 1885, n° 2).
- Rétrécissement consécutif aux ulcérations de l'œsophage, par DEBON (*Soc. méd. des hôpit.*, séance du 21 oct. 1885, p. 317).
- Étude sur une complication rare de la trachéotomie (médiastinite antérieure suppurée), par BÉAL (*Thèse de Paris*, 1885).
- Abcès latéro-pharyngien ayant causé la mort par suffocation et consécutif à un épithélioma de la base de la langue, par BARBILLON (*Soc. anat. de Paris*, séance du 11 janv. 1886).
- Étude critique sur l'angine de Ludwig, par BÖHLER (*Thèse de Paris*, 1885).

- Du polype papillomateux du voile du palais, par COURTADE (*Thèse de Paris*, déc. 1885).
- Fièvre amygdalienne, par LANDOUZY (*Journ. des conn. médic., etc.*, 24 déc. 1885).
- Polype de l'amygdale, par MASSE (*Journ. de Bordeaux*, 1886).
- Fistule branchiale thyro-hyôidienne, guérie par l'électrolyse, par LE FORT (*Bulletin gén. de thérapeutique*, juillet 1885).
- Cancer du corps thyroïde, ablation; guérison, récédive mortelle, par PEYROT (*Soc. de chir.*, 1885).
- Sur la constitution intime et les connexions de divers segments de l'appareil hyôidien ossifié, chez l'homme, par E. RETTERER (*Société de biologie*, séance du 6 mars, p. 105).
- Fracture de l'anneau de l'amygdalotome, pendant une amygdalotomie, par E. BARRÉ (*Union médicale*, n° 43, 1886, p. 509).
- Technique des opérations plastiques sur le palais (uranoplastie, palatoplastie, staphylorrhaphie), par TRÉLAT (*Bulletin général de thérapeutique*, p. 219).
- Corps étranger de la voûte palatine simulant une plaque gangreneuse, par le Dr COUPARD (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, mars 1886, p. 116).
- Statistique du service des diphthéries à l'hôpital Trousseau en 1885, par E. REVILLIOD (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, mars 1886, p. 114).
- Des amygdalites infectieuses et de leur traitement, par DUBOUSQUET-LABORDERIE (*Bulletin gén. de therap.*, janvier 1886, p. 13).
- Fibro-myxome du pharynx nasal, extirpé par la voie palatine, par TILLAUX (*Gaz. des hôp.*, 5 janvier 1886).
- Fièvre amygdalienne, par LANDOUZY (*Journal des connaissances médicales pratiques, etc.*, 24 déc. 1885, p. 11).

 NOUVELLES.

American rhinological Association.

L'American rhinological Association tiendra sa quatrième session annuelle à Saint-Louis, le 6 octobre prochain.

Société espagnole de laryngologie.

La Société espagnole de laryngologie, d'otologie et de rhinologie tiendra sa deuxième session du 27 septembre au 2 octobre,

à Barcelone, dans l'établissement du Dr Nunell (Rambla de Estudios, n° 9), à 9 heures du soir.

On discutera les questions suivantes :

- 1° Diagnostic des manifestations syphilitiques du larynx ;
- 2° des perforations chirurgicales du tympan.

Les travaux que les membres désireront lire devront être adressés au Dr P. Verdos, calle de Gaspe, n° 71.

Deuxième Congrès français de chirurgie.

Deuxième Congrès français de chirurgie, 2^e session. — La deuxième session de ce Congrès se tiendra à Paris, du 18 au 24 octobre, sous la présidence du professeur Ollier, de Lyon. La séance d'ouverture aura lieu le lundi 18, à 2 heures, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine.

Quatre séances seront consacrées à des questions mises à l'ordre du jour, trois au moins aux questions diverses.

Tout mémoire envoyé après le 15 juillet ne pourra être lu qu'après les autres. Tout mémoire n'ayant pas été lu ne sera pas publié.

Aucune des questions mises à l'ordre du jour ne rentre, cette année, dans le cadre de celles qui se traitent dans les *Annales*.

Condition d'association : 20 francs de cotisation annuelle, 200 francs pour le titre de membre à vie, 300 francs pour le titre de membre fondateur.

Envoyer la cotisation par mandat postal à M. le Dr Pozzi, secrétaire général, 10, place Vendôme.

British medical Association.

La cinquante-quatrième session annuelle de l'Association médicale britannique se tiendra à Brighton les 10, 11, 12 et 13 août 1886. La section d'otologie est composée comme suit : G. F. Hodgson, de Brighton, *président* ; Alphonso Elkin Cumberbatch, de Londres, et Edouard Crenwell Baber, de Brighton, *vice-présidents* ; Henri Albert Reeves et Patrick William Maxwell, *secrétaires honoraires*.

Secrétaires honoraires du pays : Thomas Jennet Verral, Alfred Scott.

Les mémoires suivants sont annoncés :

CRESWELL BABER. De l'examen des fosses nasales à l'aide du miroir frontal (avec figures).

T. BARR. 1^o Des différentes variétés de la membrane du tympan compatibles avec l'intégrité de l'ouïe.

2^o Valeur du signe de Rinne, pour le diagnostic des maladies de l'appareil nerveux de l'oreille.

CUMBERBATCH. Vertige auriculaire.

DELSTANCHE (de Bruxelles). 1^o Note sur un cas de blessure de l'oreille par une balle de revolver.

2^o Les corps étrangers dans la substance du lobule (*en français*).

ELLIS RICHARD. Hémorrhagie du labyrinthe. Présentation du malade.

MAC DONALD GREVILLE. Les fonctions du nez dans l'état de bonne santé et dans celui de maladie.

URBAIN PRITCHARD. L'irritation dérivatrice dans le traitement des maladies de l'oreille.

J. SYMINGTON (Édimbourg). Anatomie de l'oreille chez l'enfant.

E. WOAKES. Schémas, montrant les relations des maladies de l'oreille et du nez.

WALTER WOLSTON. Polypes du nez, leur extirpation radicale et leur traitement par le galvano-cautère (avec planches).

SPENCER WATSON proposera en discussion les complications des polypes du nez.

Chaire de laryngologie de New York.

Nous lisons dans la *Revue mensuelle de laryngologie* que notre savant confrère, le Dr BRYSON-DELAU, vient d'être nommé professeur de laryngologie à l'Université de New York, en remplacement de L. ELLSBERG, décédé l'année précédente.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Hygiene of the vocal organs (Manuel pour les chanteurs et les orateurs), par MORELL-MACKENZIE, chez Macmillan and Co. London, 1886.

Voice, song and speech (Voix, chant et parole), guide pratique pour les chanteurs et les orateurs, par LENNOX BROWNE et EMIL BEHNKE. 3^e édition, chez Sampson Low, Marston, Searle and Rivington, Crown Buildings, 188, Fleet street, 1886.

- The child's voice, voix de l'enfant, son traitement, par EMIL BEHNKE et LENNOX BROWNE. *Même librairie*, 1885.
- Voice use and stimulants, par LENNOX BROWNE, chez A.-N. Marquis et Co, Lakeside building, Chicago.
- Mémoires de la Société espagnole de laryngologie, otologie et rhinologie, tome I, à l'imprimerie Federico Sanchez, calle del Arco del Teatro, 16, Barcelone, 1886.
- Nouveau procédé par l'extirpation des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par le Dr LAEWENBERG, chez A. Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris.
- Les maladies chroniques de la gorge et de la voix, hygiène et traitement, par le Dr P.-G. FARGES, chez F. Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, Paris, 1884.
- Bulletins et mémoires de la Société française d'otologie et de laryngologie, tome III, fascicule 2, Paris, chez A. Delahaye et E. Lecrosnier, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.
- Un cas de spasme sternutatoire, par le Dr BONNE (Extr. du *Bollettino*, etc.).
- Lupus primitif de la muqueuse nasale, par V. COZZOLINO (Extr. des *Arch. it. de laryng.*).
- Catarrhe pharyngo-nasal arthritique, par V. COZZOLINO (Extr. du *Bollettino*, etc.).
- Reflex nasal cough (toux nasale réflexe), par E. CRESWELL-BABER (Extr. du *Practitioner*, juillet 1886).

Le Gérant : G. MASSON.

